



Papeles el tiempo de los derechos

“INTERVENCIONES DE MEJORA: ARTICULANDO EL MALESTAR”

Carlos Lema Añón

Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas. Departamento de Derecho Internacional, Eclesiástico y Filosofía del Derecho. Universidad Carlos III de Madrid

Palabras clave: Intervenciones de mejora, human enhancement, salud, derechos humanos.



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd)

No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

INTERVENCIONES DE MEJORA: ARTICULANDO EL MALESTAR*

Carlos Lema Añón

Instituto de Derechos Humanos “Bartolomé de las Casas”
Departamento de Derecho Internacional Público, Eclesiástico y Filosofía del Derecho
Universidad Carlos III de Madrid
carlos.lema@uc3m.es

1. Intervenciones de mejora y perplejidad moral.

En un polémico libro titulado *Vuelta al Edén*, el biólogo Lee Silver¹ imagina –y presenta como inevitable– un futuro en el que la medicina reproductiva y la genética se unirán para dar lugar a la potente tecnociencia de la *reprogenética* que conducirá cambios dramáticos en la propia naturaleza humana. De acuerdo con Silver la reprogenética permitirá diseñar las características biológicas de los descendientes de tal forma que se podrá conferir a sus beneficiarios dotaciones genéticas superiores. Según esta visión anticipatoria con ribetes distópicos la distribución de estas tecnologías vendrá dictada por el mercado, en la medida en que no serán los Estados sino los padres quienes las demandarán, deseosos de que sus hijos tengan características genéticas superiores y con ello mayores posibilidades, no sólo de ser inmunes a determinadas enfermedades comunes, sino también a determinados comportamientos problemáticos (adicciones, violencia) y hasta desarrollar superiores capacidades para el estudio, para el deporte, para determinadas profesiones, para las artes, o hasta en general desarrollar mayores facultades cognitivas. En la medida en que estas posibilidades estarán disponibles de acuerdo con criterios de mercado y por ello no serán accesibles a todos por igual, favorecerán de forma desigual a los ricos y a sus hijos. Silver imagina –predice– que la acumulación de estas mejoras genéticas a lo largo del tiempo podría incluso llevar a una división de la humanidad en dos especies separadas: los “naturales” y los “genricos”. De lo que se trataría, si acaso, es de asegurar una cierta equidad en el acceso a estos recursos, pero tanto su desarrollo como sus consecuencias sociales serían inevitables e incontrolables, puesto que los ricos siempre tendrán un acceso privilegiado.

Esta visión anticipatoria no es ni mucho menos única, ni en el pensamiento social, ni en las artes, ni en la cultura popular. Silver hace referencia a *Un mundo feliz* (A. Huxley, 1932), para enfatizar sobre todo el carácter liberal y de mercado que tendría la reprogenética, frente al carácter estatal que tenía en la ya clásica novela. Por eso, el mundo de Silver recuerda más bien, por ejemplo, al futuro anticipado en la película *Gattaca* (A. Niccol, 1997) en la que también la sociedad aparece dividida en torno a criterios de excelencia genética. Pero sea en los términos entre neutros y cínicos de Silver, en los términos distópicos de *Gattaca* o incluso en términos utópicos (*2001 Una Odisea en el espacio*) el *human enhancement* ha comenzado a ser parte no sólo de la

* Este trabajo se enmarca dentro del Proyecto Consolider-Ingenio 2010 “El tiempo de los derechos”. CSD2008-00007. Agradezco a Vanesa Morente sus sugerencias, su ayuda y sus valiosas indicaciones bibliográficas para la elaboración de este trabajo.

¹ SILVER, L. M., *Vuelta al Edén. Más allá de la clonación en un mundo feliz*, Madrid, Taurus, 1998.

cultura popular, sino también de una creciente literatura de bioética, más o menos apegada a la realidad.

Pero algunas de las cuestiones que están en discusión no es necesario buscarlas en escenarios futuros o especulativos. Ya en el presente nos podemos encontrar con casos que quizá anticipan la futura posibilidad de elegir ciertas características biológicas de los hijos. Un ejemplo hasta cierto punto análogo es el de la posibilidad técnica ya presente de elegir el sexo de los hijos. Se trata de una tecnología que ya no sólo posibilita tomar decisiones sobre si tener hijos, cuando tenerlos o cuántos tener (cosa que ya era posible por medio de la anticoncepción y de las técnicas de reproducción asistida). Con ella ya es posible tomar decisiones sobre esta concreta característica biológica de la descendencia, por lo que en cierto modo anticipa futuras cuestiones sociales, morales y jurídicas que se plantean respecto a las intervenciones de mejora². Pero podemos tomar otro ejemplo real, que en su momento planteó unos problemas interesantes a los efectos que aquí nos interesa. En abril de 2002, las norteamericanas Sharon Duchesneau y Candace McCullough saltaron a los medios de comunicación cuando hicieron pública su decisión de tener un hijo mediante inseminación artificial. La particularidad de su caso —el hecho de que fueran homosexuales lo hacía más atractivo para los medios de comunicación pero no modificaba la cuestión de fondo— es que ambas eran sordas y habían decidido que sus hijos también lo fueran. Su sordera tenía antecedentes en varias generaciones y, para asegurar las posibilidades de éxito de su decisión, eligieron como padre biológico a un donante también sordo con varias generaciones de sordera. Mientras que algunos comentaristas objetaban que era incorrecto imponer de forma voluntaria límites biológicos al potencial de los hijos, Duchesneau, licenciada en medicina y *bioética* por la Universidad de Gallaudet (única en el mundo que sólo acepta estudiantes sordos), replicaba que la sordera de sus hijos permite que la comunidad familiar sea más homogénea, al tiempo que enriquece la diversidad social al contribuir a que haya gente sorda³. Este ejemplo resulta particularmente interesante para la discusión por diferentes motivos. No hay más que contrastarlo con el caso de una pareja que por el contrario hubiera intentado evitar que sus hijos fueran sordos. Seguramente en este último caso no se hubiera planteado un debate tan intenso y quizá no hubiera llegado a ser tan conocido. Se habría supuesto que la finalidad de la intervención era terapéutica, o al menos guiada por un criterio de beneficencia, y que por ese motivo estaría justificada. Pero esta asunción es dudosa, puesto que ni en un caso ni en otro hay una intervención terapéutica, sino una decisión y una intervención en torno a determinadas características biológicas de los hijos. El caso de la elección de la sordera pone en cuestión el estatus de esta característica y en general plantea cuestiones conceptuales importantes en torno a la discapacidad, así como en torno a lo que se considera la normalidad biológica. Pone también en cuestión, creo, qué significa la propia idea de “mejora” (*enhancement*).

Los dos ejemplos anteriores pueden llevarnos a la idea de que las intervenciones de mejoras siempre se dan respecto a los futuros hijos. Probablemente estos son los casos más problemáticos y sobre los que seguramente se ha discutido más, quizá por su inmediata vinculación con lo que supuso el eugenismo histórico. Por eso se ha tendido a identificar a veces las intervenciones de mejora con intervenciones respecto a los futuros hijos. Pero esto no tiene por qué ser así, ni en lo que respecta a las intervenciones de mejora ya actualmente disponibles, ni respecto a las que se podrían

² He analizado con detalle la selección de sexo en esta perspectiva en C. LEMA AÑÓN, *Antes de Beatriz. Cuestiones de legitimidad y regulación jurídica en la selección de sexo*, Granada, Comares, 2003.

³ *El País*, 9 de abril de 2002.

dar en el futuro. En efecto, las intervenciones de mejora pueden darse no con respecto a los hijos futuros, sino con respecto a los hijos presentes. Y las intervenciones de mejora pueden darse no con los hijos, sino con respecto a uno mismo. En el primer supuesto, respecto a los hijos presentes, el caso seguramente más conocido es el de la hormona del crecimiento. Utilizada desde los años ochenta, en un principio su uso se configuraba como “terapéutico” en la medida en que se consideraba indicado para el tratamiento de problemas hormonales de crecimiento. Sin embargo en poco tiempo se fue ampliando su uso incluso cuando no parecía haber problemas estrictamente médicos. El hecho de que la existencia de problemas de crecimiento tenga que ver con consideraciones estadísticas relativas a la altura media de la población, hace además que la distinción entre su utilización terapéutica y su utilización de “mejora” o “cosmética” sea difícil de marcar con precisión: al fin y al cabo “alto” o “bajo”, incluso por referencia a una población, son conceptos bastante vagos. En todo caso, este supuesto ejemplifica la intervención de mejora que no se dirige a los hijos futuros pero tampoco respecto a uno mismo, puesto que, prescindiendo ahora de cuestiones más profundas respecto a la autonomía moral o a la capacidad jurídica de los menores para tomar decisiones, estas intervenciones se realizan en menores y por lo general a demanda de sus padres.

También se pueden poner ejemplos de intervenciones de mejora en las que el demandante es el destinatario del tratamiento sin que, en principio, afecte directamente a terceros. Podemos pensar, por poner ejemplos actuales, en intervenciones de carácter cosmético, como la cirugía estética, o de carácter en general más controvertido como las intervenciones para mejorar el rendimiento deportivo. Entre estas últimas se puede pensar en tecnologías para aumentar la musculatura, la resistencia, el rendimiento, etc., generalmente por medio del uso de determinadas sustancias, muchas de las cuales han sido prohibidas y se consideran prácticas ilícitas de “dopaje”⁴. Pero si estos son ejemplos para el momento presente, también se han sugerido intervenciones futuras por medio del desarrollo de nuevas sustancias, de la ingeniería genética, la nanotecnología o la informática (mediante la incorporación de herramientas en el propio cuerpo humano), eventualmente capaces de mejorar las capacidades físicas y mentales o las aptitudes de las personas más allá de los niveles normales⁵.

Algunas de las intervenciones de mejora en humanos presentes o futuras que hemos evocado, parecen plantear unos problemas lo suficientemente novedosos y complejos como para que la aproximación al problema esté presidida por la perplejidad, tanto si consideramos los aspectos estrictamente individuales como los aspectos sociales. Incluso el concepto de *intervención de mejora* es lo suficientemente amplio e impreciso como para que no estemos muy seguro de qué intervenciones cabrían aquí y cuales no. Por eso mismo, no está muy claro tampoco si los criterios éticos y jurídicos

⁴ Aunque existe una amplia práctica de prohibición y lucha contra el dopaje en el deporte, aludiendo a razones que van desde la protección de la salud de los deportistas, hasta el mantenimiento del “espíritu deportivo”, la justificación de la prohibición ha planteado alguna discusión ética de fondo. Cfr. FODDY, B.; J. SAVULESCU, “Ethics of Performance Enhancement in Sport: Drugs and Gene Doping”, en R. Ashcroft, A. Dawson, H. Draper and J. R. McMillan (eds.), *Principles of Health Care Ethics*, (2nd edition), John Wiley & Sons, 2007, pp. 511-519). Una documentada visión general sobre estas cuestiones se puede encontrar en el Informe *Human Enhancement Technologies in Sports*, del Comité de Ciencia y Tecnología del Parlamento del Reino Unido (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmsctech/67/67.pdf>).

⁵ Se podría plantear si entre ellas también están las investigaciones destinadas a prolongar la vida de las personas más allá de lo que hoy es normal en términos de esperanza de vida. Para las cuestiones filosóficas relacionadas con este asunto véase C. OVERALL, *Aging, Death and Human Longevity: A philosophical inquiry*, Berkeley, University of California Press, 2005; J. HARRIS, *Enhancing Evolution. The case for making better people*, Princeton, Princeton University Press, 2007, 59-72.

que apliquemos son susceptibles de constituir un marco general o se impone por el contrario un tratamiento parcializado de distintas cuestiones. Al tiempo que, más radicalmente, no es muy claro qué criterios éticos y jurídicos son aquí relevantes y si los criterios y asunciones que habitualmente manejamos son suficientes o apropiados para aliviar esa perplejidad. No es claro, en definitiva, si estamos bien pertrechados conceptualmente para abordar desde nuestras certezas y desde nuestro lenguaje ético y jurídico algunas de las cuestiones más radicalmente novedosas.

2. Dar cuenta de la perplejidad

En efecto, el propio término de *intervención de mejora* es bastante impreciso. Aunque tendremos ocasión de analizarlo más en detalle, es necesario precisar que cuando en este contexto hablamos de intervención de mejora no debemos usar un concepto demasiado amplio. Efectivamente, si por intervención de mejora entendemos cualquier procedimiento que pueda servir para aumentar nuestras capacidades físicas, mentales o nuestras habilidades, entonces en el caso del deporte –al que ya hemos aludido– la participación de un entrenador que dirigiera los entrenamientos de un deportista sería una intervención de este tipo, en la medida en que su labor podría ayudar a mejorar el rendimiento físico, mental y las habilidades del deportista. Naturalmente no es esto de lo que se está hablando y no parecen existir especiales problemas prácticos en un hecho de esta naturaleza. ¿Qué es entonces lo distintivo de la cuestión que estamos tratando? Para caracterizar mejor el campo de problemas podríamos fijarnos en algunos de los rasgos que en principio parecen ser la fuente de perplejidad en los ejemplos que hemos mencionado. Por un lado, podríamos quizá fijarnos en el hecho de que las intervenciones de las que estamos hablando suelen resultar en muchas ocasiones de un deslizamiento desde lo que son en un principio prácticas médicas terapéuticas, hacia intervenciones de carácter no terapéutico. Por otro lado, podríamos destacar el hecho de que los conocimientos y las tecnologías implicadas son de una potencia sin precedentes por lo que en unos casos plantean problemas inéditos y en otros insinúan incluso la modificación de lo que se tenían por rasgos característicos de la “naturaleza humana”.

Por lo que respecta a la distinción entre lo terapéutico y lo no terapéutico, ésta resulta prometedora en la medida en que supuestamente serviría tanto para caracterizar conceptualmente las “intervenciones de mejora”, en tanto que intrínsecamente no relacionadas con la salud ni con el ámbito de lo terapéutico, como para señalar una diferencia moral relevante, puesto que cualquier intervención terapéutica parece gozar de una presunción favorable respecto a su carácter moral, presunción de la que no gozan las intervenciones no terapéuticas (por más que tampoco haya que suponer que automáticamente la presunción se invierte en su contra). El hecho de que buena parte de las intervenciones “de mejora” hayan provenido (o se pueda imaginar que lo harán en el futuro) de intervenciones terapéuticas ha llevado en algunas ocasiones a impugnar el criterio de distinción, tanto desde el punto de vista conceptual, como respecto de la validez de establecer diferencias éticas⁶. Sin embargo, no es un problema especialmente

⁶ Agar objeta en absoluto la posibilidad de realizar distinciones entre tratamiento y mejora, al tiempo que niega que tenga la menor relevancia moral, cf. AGAR, N., “Liberal Eugenics”, en H. Khuse y P. Singer (eds.), *Bioethics. An Antology*, Oxford, Blackwell, 1999, p. 171; en un sentido similar véase J. HARRIS, *Enhancing Evolution. The case for making better people*, cit., pp. 19 y ss. Al contrario, y desde un análisis más completo y matizado, Daniels sostiene que es posible establecer razonablemente la distinción entre tratamiento y mejora, por mucho que persistan casos difíciles. Sin embargo, propone no esperar de esta distinción una guía completa para definir los servicios sanitarios que se deberían incluir en el derecho a la salud; como tampoco un criterio simple para definir el límite entre lo admisible y lo inadmisibles moralmente en el caso de que en el futuro determinadas posibilidades de mejora genética estuvieran

grave como a veces se tiende a pensar la presunta imposibilidad de distinguir lo que es terapéutico de lo que no lo es. En un informe de 2000 sobre las modificaciones genéticas heredables y su posible utilización para la mejora, la Asociación Americana para el Avance de las Ciencias destacaba precisamente este punto: no es que sea imposible hacer una distinción razonable entre lo que es una aplicación terapéutica y no terapéutica, sino que el problema deviene de que las tecnologías son las mismas y desde un uso terapéutico es fácil que de hecho se deslice a un uso que no lo es⁷. Naturalmente pueden existir casos controvertidos, que se sitúan como vimos para el caso del uso de la hormona del crecimiento en una zona de penumbra respecto a si estamos o no ante un uso terapéutico. Pero eso no significa que no haya usos claramente terapéuticos y otros que claramente no lo son. El concepto de “terapéutico”, no importa como lo caractericemos, es un concepto vago, como por otra parte cualquier concepto propio del lenguaje natural. Pero no por ello deja de tener un núcleo de certeza sobre el que podamos convenir y que hasta podemos establecer con cierta precisión⁸. La existencia de casos difíciles no elimina la posibilidad de las distinciones conceptuales, ni en este caso ni en otros análogos.

Una cuestión relacionada, alude a la arbitrariedad de distinguir entre lo terapéutico y lo no terapéutico, teniendo en cuenta que la definición de lo que es o no una enfermedad tiene mucho de construcción social⁹. Las distintas sociedades configurarían, a partir de su interpretación de ciertos hechos brutos, lo que son enfermedades en términos que tienen que ver con valoraciones, concepciones y también prejuicios. La propia práctica médica basada en la ciencia no sería ajena a esta tarea, adquiriendo además en las sociedades industrializadas un papel relevante en la construcción social de estos significados, en ocasiones actuando de forma expansiva mediante la “medicalización” y “patologización” de determinados ámbitos y fenómenos que en otras circunstancias se habían situado fuera de su competencia¹⁰. Pero el reconocer que la frontera entre lo terapéutico y lo no

disponibles. Aunque puede ser un criterio que sirva como advertencia moral en la medida en que sí que es cierto que las intervenciones de mejora sí que presentan ciertos problemas que no se plantean en los tratamientos. Cf. DANIELS, N., “Normal Functioning and the Treatment-Enhancement Distinction”, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, nº 9, vol. 3, 2000, pp. 309-322, también en BUCHANAN, A., D. W. BROCK, N. DANIELS y D. WIKLER, *Genética y justicia*, Madrid, Cambridge University Press, 2002, pp. 97-146.

⁷ FRANKEL, M. S. y A. R. CHAMPMAN, *Human Inheritable Genetic Modifications. Assessing Scientific, Ethical, Religious, and Policy Issues*. Prepared by the American Association for the Advancement of Science, September 2000. El texto completo del informe se puede obtener en Internet: <http://www.aaas.org/spp/sfrl/projects/germline/report.pdf>.

⁸ Véase CARRIÓ, G. R. *Notas sobre Derecho y lenguaje*, 4ª ed., Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1990.

⁹ CAPLAN, A. L., MCCARTNEY, J., SISTI, D., (Eds.) *Health, Disease, Illness, Concepts in medicine*, Washington, Georgetown University Press, 2004.

¹⁰ Véase por ejemplo en el volumen mencionado en la nota anterior P. CONRAD, “The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behaviour”, 153-162; publicado originalmente en 1975, analiza este caso como ejemplo de la medicalización de los comportamientos desviados y como forma de control social, intentando relacionar la disponibilidad de los medios de control social (en este caso los medicamentos) con la creación del concepto médico. En el mismo volumen se recoge el trabajo de N. C. WARE, “Suffering the Social Construction of Illness: The Delegitimation of Illness Experience in Chronic Fatigue Syndrome”, pp. 163-175; aquí se analiza un caso en el que ocurre precisamente lo contrario y es que la construcción médica y social de la enfermedad lleva a negar en algunos casos como no existente o como psicósomática –aquí el síndrome de fatiga crónica– la experiencia de los propios enfermos. La cuestión de género es especialmente relevante en este asunto, dado que la patologización de las mujeres como forma de control social a través de la medicina ha sido analizada desde el pensamiento y la práctica feminista a través de sus implicaciones políticas. F. McCREA, (“The Politics of Menopause: The “Discovery” of a Deficiency Disease”, pp. 187-200, en el mismo volumen) examina este asunto a través de la construcción del concepto de menopausia: si históricamente fue vista como un signo del pecado y después como neurosis, la existencia de

terapéutico –entre lo patológico y lo no patológico- no es un asunto que se pueda dirimir, o no es un asunto que de hecho se dirima en términos asépticos y puramente científicos no empaña nuevamente ni la posibilidad de distinción ni la conveniencia de que esta distinción tenga significado práctico en términos morales y políticos. Sólo si supusiéramos que la frontera entre lo terapéutico y lo no terapéutico, así como entre lo patológico y lo no patológico, fuera un hecho objetivo con consecuencias morales también objetivas esto sería un inconveniente. Pero lo que esto quiere decir es que en su definición social y médica intervienen factores políticos y también las concepciones compartidas y/o controvertidas sobre la moralidad así como sobre el papel y la finalidad de la medicina como práctica social. No se puede aspirar a determinar objetiva y asépticamente qué es una intervención terapéutica y qué no es una intervención terapéutica, para a partir de ahí deducir determinadas consecuencias morales. Más bien hay que ser consciente de que en la definición cambiante de qué intervenciones son terapéuticas y de qué intervenciones no lo son influyen también las percepciones existentes sobre el valor y el significado de esa intervención.

El problema está, entonces, en otro plano, que es el de la justificación ética de la relevancia de la distinción entre lo terapéutico y lo no terapéutico. Se trata de un problema más radical que el de definir en cada caso dónde se sitúa con precisión la frontera entre una cosa y otra. Es decir, la cuestión es si resulta significativo o no en términos morales la diferencia entre una intervención destinada a curar y una intervención destinada a mejorar (sea lo que sea una “mejora”). Es decir, en general venimos asumiendo que la distinción entre curar y mejorar parece marcar una diferencia moral, sin embargo “no es obvio en qué consiste esa diferencia”¹¹. Un punto importante del análisis es determinar en qué consiste esta diferencia y cuál es su justificación. No quiero decir con esto que la diferencia carezca de relevancia moral, o que sea arbitraria. Por el contrario, en su caso habrá que establecer por qué: qué es lo que hay de diferente y en su caso de inadecuado en la mejora frente a la curación.

Un segundo camino posible para intentar caracterizar las intervenciones de mejora relevantes en la discusión, así como para dar cuenta de los motivos de perplejidad en los que nos sume, sería el de fijarnos en la potencia de las tecnologías y en las posibilidades de intervención sin precedentes en lo humano. En realidad no queda más remedio que admitir que en buena medida la perplejidad, e incluso las prevenciones, los temores o los interrogantes morales no provienen del hecho de que estas intervenciones no sean puramente terapéuticas. Convivimos ya con un importante número de intervenciones médicas no terapéuticas destinadas no a satisfacer necesidades sanitarias, sino preferencias o deseos. Sin duda las valoramos de forma diferente que las intervenciones estrictamente terapéuticas, pero en general no las consideramos problemáticas por el hecho de no ser terapéuticas. El hecho de valorarlas de forma diferente tiene especial relevancia sobre todo en términos de justicia social. A la hora de distribuir los recursos sanitarios, o a la hora de definir las prioridades de investigación –a cualquier nivel que se haga el análisis- la prioridad debe estar en la satisfacción de las necesidades sanitarias antes que de las meras preferencias. Podemos entonces criticar que la satisfacción de una preferencia mediante una intervención no

estrógenos sintéticos desde los años sesenta llevó a su redefinición como enfermedad desde la medicina y la industria farmacéutica. También las esterilidad/infertilidad fue redefinida al hilo de la disponibilidad de las técnicas de reproducción asistida (Cfr. LEMA AÑÓN, C., *Reproducción, poder y derecho*, Madrid, Trotta, 1999).

¹¹ SANDEL, M., *Contra la perfección. La ética en la era de la ingeniería genética*, Barcelona, Marbot, 2007, p. 19.

terapéutica haya dado lugar a la no satisfacción de una necesidad de salud. Por ejemplo podríamos cuestionar una política pública de salud que subvencionase los tratamientos odontológicos de carácter estético, pero no la vacunación básica (o, si se quiere un ejemplo más realista, los tratamientos de fecundación asistida pero no los tratamientos odontológicos básicos). Pero si no existe esta conexión entre una cosa y otra no consideramos intrínsecamente problemáticos determinados tratamientos sólo por el hecho de que no sean terapéuticos.

Esto en ocasiones se utiliza como argumento para desproblematizar todo lo que tenga que ver con las intervenciones de mejora. Al fin y al cabo, vendría a decirse, las intervenciones de mejora no constituyen una novedad radical. Si desde hace tiempo convivimos con intervenciones de mejora de carácter no terapéutico, que gozan de aceptación social y no se consideran éticamente problemáticas, por qué entonces se deberían cuestionar intervenciones cuyo sentido es el mismo, sólo por el hecho de que la tecnología implicada es más sofisticada y aún no ha sido socialmente aceptada. No existiendo una diferencia cualitativa entre unas intervenciones ya aceptadas y otras que no lo son, no existirían motivos relevantes para aplicar diferentes estándares morales¹².

Frente a este razonamiento podría ser tentador sugerir que sí existe un punto en el que existe una diferencia cualitativa respecto a las intervenciones de mejora que hasta ahora venían siendo posibles y estaban socialmente admitidas. Ésta diferencia cualitativa vendría dada por el hecho de que determinadas intervenciones de mejora que podrían estar disponibles supondrían introducir modificaciones que pudieran ir más allá del rango de lo normal, en términos de especie y/o considerándolo estadísticamente¹³. Si se aceptase esta distinción, existiría un criterio claro tanto en términos conceptuales como morales para diferenciar el tratamiento terapéutico con respecto al tratamiento de mejora, fueran cuales fueran las consecuencias normativas de esta distinción. Supongamos que aplicamos este tipo de criterios al caso de la altura. Aumentar la altura de una persona que estuviera situada muy por debajo de la media, supongamos que en el primer percentil, sería una intervención terapéutica. Aumentar la altura de una persona que ya está en la media o incluso por encima, sería claramente una intervención de mejora. Habría aún un tercer caso, que sería aumentar la altura por encima de los más altos o incluso hasta límites no alcanzados “naturalmente” (suponiendo, a efectos de la validez del ejemplo, que esto fuera posible, querido por alguna razón y que no planteara los previsibles problemas de salud). Sería posible a partir de aquí suponer que cada uno de estos tres casos –por más que nuevamente fuera difícil establecer con precisión donde están las fronteras entre cada uno- marcaría diferencias cualitativas relevantes y que la discusión ética de la cuestión se podría estructurar en estos términos. De acuerdo con esto, las intervenciones del primer tipo no plantearían problemas morales especiales. Las intervenciones del segundo tipo, aunque serían intervenciones de

¹² Cf. en este sentido N. AGAR, “Liberal Eugenics”, en H. Khuse y P. Singer, *Bioethics. An Antology*, Oxford, Blackwell, 1999, p. 171. Como ha observado B. Prusak se trata, sobre todo el primero, de un argumento del tipo “ya lo habíamos hecho y estaba bien”. De acuerdo con este autor, La estructura del argumento es la siguiente: “si la práctica X ha sido moralmente aceptable en el paso, y si la práctica Y es como la práctica X, entonces la práctica Y debe ser moralmente aceptable ahora y en el futuro”. De acuerdo con B, generalmente es necesario discutir si realmente la práctica x es equivalente a la y, al tiempo que a veces que lo sea significa al mismo tiempo una razón para repensar si es aceptable la práctica x. (B. G. PRUSAK, “Rethinking ‘Liberal Eugenics’: Reflections and Questions on Habermas on Bioethics”, *Hastings Center Report*, Vol. 35, nº 6, 2005, p. 33).

¹³ DANIELS, N., “Normal Functioning and the Treatment-Enhancement Distinction”, cit. Una definición de este tipo para discutir los problemas del “Human enhancement” es la que proponen también P. LIN y F. ALLFOFF, “Untangling the Debate: The Ethics of Human Enhancement”, *Nanoethics*, nº 2, 2008, pp. 251-264.

mejora, no serían especialmente problemáticas en términos éticos, pues sus resultados no serían cualitativamente diferentes de los que se pueden lograr con intervenciones de mejora ya ampliamente aceptadas, sin que existiera ninguna razón para utilizar aquí criterios diferentes. Por último, las intervenciones del tercer tipo sí que supondrían un salto cualitativo y por ello podrían plantear problemas inéditos, en la medida en que pondrían en cuestión rasgos que hasta ahora estaban asociados al ser humano o a sus capacidades y funcionalidades normales. En este sentido no tendríamos referentes morales inmediatos para este caso y es aquí donde habría que concentrar la discusión.

Creo sin embargo que este razonamiento no acaba de captar completamente las cuestiones éticas que están en juego y por ese motivo probablemente tampoco el origen de la perplejidad moral. Es cierto que los casos del tercer tipo son radicalmente inéditos y no quiero negar que planteen cuestiones específicas y especialmente complejas con relación a los otros. Los casos del tercer tipo son efectivamente los que nos sitúan en un escenario más próximo a la utopía/distopía de Silver, en la que incluso surgía con el tiempo una nueva especie post-humana. Pero creo que el origen de la perplejidad que nos plantean muchos tratamientos de mejora no tiene que ver, o no sólo tiene que ver, con la posibilidad de introducir cambios inéditos en los cuerpos, mentes o funcionamientos humanos. No tiene sólo que ver con cuál es el resultado de las intervenciones, sino también con el poder de decisión que esas intervenciones ponen en nuestras manos. Así por ejemplo, decidir que los futuros hijos sean sordos, que sean varones, que sean heterosexuales, que sean agresivos –o tranquilos- o que estén especialmente dotados para las pruebas de velocidad supondría elegir características que están todas ellas dentro del rango normal de posibilidades humanas actuales. La clave, por tanto, no está (sólo) en que sean modificaciones que vayan más allá de la variabilidad humana actual.

Ante estos ejemplos se podría pensar entonces que la clave está en que se trata de modificaciones respecto a hijos futuros y que de alguna forma el problema viene porque estamos eligiendo características para otros –no para nosotros- que de alguna forma predeterminan su futuro y su rango de opciones vitales. Algo de cierto hay en situar aquí el problema, y habrá que discutir más sobre ello, pero nuevamente tampoco es la clave central. Supongamos ahora que estas intervenciones (sordera, sexo, orientación sexual, carácter, capacidades físicas) se realizan respecto a los hijos presentes o respecto a uno mismo, en lugar de respecto a los hijos futuros. En algunos aspectos relevantes puede haber diferencias. En particular es interesante examinar la diferencia que habría entre diseñar hijos con algunas de estas características o intervenir para generarlas una vez que han nacido. Pero nuevamente el problema no se sitúa en el hecho de que las intervenciones sean en otros, puesto que al menos algunas de estas intervenciones sobre uno mismo podrían generar también ciertos cuestionamientos éticos.

Seguramente entonces la perplejidad que nos provoca el enfrentarnos a las intervenciones de mejora y buscar criterios morales para asumirlas, tiene que ver tanto con que pueden generar resultados fuera del rango conocido, como con que incluso generando resultados dentro del rango ya existente, lo hacen por medio de una tecnología que otorga un poder sin precedentes. El ejemplo de la selección de sexo puede ser ilustrativo de ello¹⁴. En diferentes sociedades se han venido utilizando desde hace mucho tiempo diferentes métodos tradicionales para la selección de varones. Sin embargo, la relevancia jurídico-moral de la selección de sexo, es decir el que lleguen a

¹⁴ LEMA AÑÓN, C., *Antes de Beatriz. Cuestiones de legitimidad y regulación jurídica en la selección de sexo*, cit.

constituir un asunto controvertido y que merezca una reacción jurídica, sólo ha ocurrido a partir de los años ochenta del siglo pasado, cuando la tecnología disponible alcanzó cierto grado de eficacia. Pudiera parecer paradójico que precisamente la selección de sexo sea objeto de controversia en el momento en que están disponibles técnicas “suaves” en cuanto a los medios, alejadas de algunas prácticas brutales como el infanticidio femenino o el aborto selectivo (que se hacen precisamente visibles y condenables al hilo de las posibilidades técnicas suaves). Pero hay que entender que es precisamente la eficacia de la tecnología disponible –junto con una mayor sensibilidad a sus implicaciones para los derechos humanos y la política de género, claro está– la que provoca que sea un asunto público relevante. Mientras se estaba ante recetas tradicionales, más o menos presentadas con un envoltorio médico, no llegaba a constituirse como problema público.

Este argumento puede sonar extraño a un sentido común sensible al razonamiento de que no existiría diferencia relevante a efectos éticos entre obtener un resultado por un medio o por otro. De acuerdo con ello, la discusión ha de centrarse en la admisibilidad de los fines, es decir, en este caso de las intervenciones de mejora, no en si los medios utilizados para conseguirlo son de un tipo u otro (siempre, claro está, que no sean medios peligrosos, nocivos o inaceptables) o implican una tecnología más o menos sofisticada. De acuerdo con ello, si los fines a lograr son válidos, no hay que cuestionarse los medios y cuanto mejores y más eficaces sean, cuanto mayor sea la racionalidad instrumental, no cabrá sino celebrarlo. Con todo, creo que no deberíamos condenar sin más como irracional esta preocupación por la potencia de los medios tecnológicos e incluso evaluar si no es un asunto sobre el que quepa reflexionar.

Volvamos para ello a los ejemplos ya expuestos de la selección de sexo y de la selección de hijos sordos. La selección de sexo en el marco de las técnicas de reproducción asistida ha sido prohibida en España y con el mismo criterio en la *Convención para la protección de los Derechos del Hombre y de la dignidad del ser humano ante las aplicaciones de la biología y de la medicina* (1997), excepción de los casos en los que se trate de evitar una enfermedad grave. Ahora bien, esta prohibición se hace en el marco de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida. A nadie se le ocurriría sugerir que la prohibición se debería extender a la práctica de recetas tradicionales –o con algún tipo de aval más o menos médico– o a la promoción de esta práctica¹⁵. Se podría pensar que la no extensión de la prohibición tiene que ver sobre todo con la intimidad en la que se practican estas recetas. Pero si un médico las recomendase ya estaríamos fuera del ámbito íntimo y aún así no estaría infringiendo la ley. La prohibición tiene que ver, pues, con que la selección de sexo en el marco de las técnicas de reproducción asistida es (más) eficaz. En el caso de los hijos sordos, recuérdese que en el ejemplo utilizado, el objetivo se conseguía no mediante alguna compleja tecnología genética, sino simplemente buscando un donante sordo. ¿Es esto relevante? Probablemente incluso si hipotéticamente considerásemos que se debería evitar la utilización de la tecnología biomédica para generar hijos sordos, no estaría tan claro en cambio que se debiera intervenir para evitar la posibilidad de que nacieran hijos sordos de una madre sorda que quisiera que sus hijos lo fueran. Si esto es así, pareciera que le está concediendo un valor moral positivo al azar (a la llamada “lotería natural”): no resulta problemático si existe una posibilidad de que el resultado querido dependiera en alguna medida del azar,

¹⁵ A título ilustrativo: GARCÍA NÚÑEZ, F., *Cómo elegir y decidir el sexo de su hijo: ¿niño o niña?*, Madrid, Ibérico Europea, 1984; PHILLIPS, H. y HILTON, T., *¿Niño o niña? Cómo elegir el sexo de su hijo*, Madrid, Edaf, 1985; SHETTLES, L. B. y RORVICK, D. M., *Cómo elegir el sexo de tu hijo*, Barcelona, Plaza & Janés, 1990; BARETTA, A., *¿Nena o varón?, ya puedes elegir: método Baretta, selección natural del sexo del bebé*, Sevilla, Mad, 2007.

pero se vuelve problemático si nos aseguramos tecnológicamente de que se produzca un resultado. Aunque acaso quepa discutir aún más sobre el significado moral del azar y de la lotería natural, no creo que esta sea la interpretación correcta de por qué aun si no se cree que debiera estar disponible la posibilidad de seleccionar tecnológicamente hijos sordos, igualmente no sería inaceptable procurar que lo fueran aunque cupiera una posibilidad de no fuera así.

Cabe desde luego la posibilidad de que la perplejidad y el malestar sean simplemente el miedo irracional a lo que se desconoce o ante el desmoronamiento de algunas certezas poco fundamentadas en las que estábamos instalados. Seguramente en alguna medida es así y algunas de las objeciones y rechazos a las intervenciones de mejora pueden ser interpretadas en esta clave. Pero aún reconociendo que muchos de los criterios para enfrentarnos a estos problemas están por construir, también creo que resulta inadecuado rechazar la perplejidad y hasta el malestar en lugar de tomarlo en serio e intentar articularlo. Como lo ha planteado Sandel, “La mayoría de las personas encuentran inquietantes al menos algunas formas de ingeniería genética. Pero no resulta fácil articular el motivo de nuestra inquietud. Los términos usuales del discurso moral y político no son de mucha ayuda para formular que tiene de malo el intento de rediseñar nuestra propia naturaleza”¹⁶.

¹⁶ SANDEL, M., *Contra la perfección*, cit., p. 8